UNIVERSITE PARIS V — RENE DESCARTES
FACULTE DE MEDECINE PARIS-OUEST

104

Année 1975 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Patrick VIOT

Né le 21 décembre 1949 à Caen

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE DU ROLE DES POUPONNIERES A CARACTERE SANITAIRE

Président de Thèse : Monsieur M. AUSSANNAIRE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
5, rue Casimir-Delavigne
PARIS-6e
1975

UNIVERSITE PARIS V — RENE DESCARTES
FACULTE DE MEDECINE PARIS-OUEST

Année 1975 N°

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

par

Patrick VIOT

Né le 21 décembre 1949 à Caen

Présentée et soutenue publiquement le

ETUDE DU ROLE DES POUPONNIERES A CARACTERE SANITAIRE

Président de Thèse : Monsieur M. AUSSANNAIRE (Professeur)

DACTYLO-SORBONNE
5, rue Casimir-Delavigne
PARIS-6e
1975

UNIV.
LEIDEN
BIBL.

A Madeleine, mon épouse

A Caroline

A tous mes parents et proches

qui m'ont toujours entouré de leur affection.

A Monsieur le Professeur M. AUSSANNAIRE

qui a bien voulu accepter la présidence de cette thèse et la corriger par ses annotations précieuses. Qu'il trouve ici l'expression de ma reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Agrégé J.P. GALLET

qui a largement contribué à cette étude
par sa gentillesse, son expérience
et ses réflexions humaines.

A Monsieur le Docteur TORRE

Médecin chef des établissements de la sécurité sociale, qui m'a permis de mener à bien ce travail en m'éclairant sur le fonctionnement des pouponnières.

A tout le personnel de la pouponnière de Boulogne

qui m'a toujours accueilli avec beaucoup de compréhension.

ETUDE DU ROLE DES POUPONNIERES

A CARACTERE SANITAIRE

-:-

Introduction

1. Définitions législatives des pouponnières

   a) Introduction

   b) Définition

   c) Rôle du médecin

   d) Le personnel

   e) Conditions d'admission

2. Exemple : la pouponnière de Boulogne

   a) Introduction

   b) Bilan global

   c) entrées : origine et motifs d'admission

   d) Durée de séjour

   e) Destination de sortie

   f) Activités médicales

   g) Problèmes rencontrés à Boulogne

3. Les pouponnières à caractère sanitaire

   a) Avantages

   b) Ecueils

4. Conclusions

INTRODUCTION

-:-

En 1975, nous pouvons nous demander si les pouponnières, de la façon dont elles ont été conçues il y a plus de vingt ans, remplissent encore leur rôle et si, dans ces conditions, elles ont une utilité réelle.

En effet, les progrès de la pédiatrie, de la médecine néonatale et de l'obstétrique d'une part, et l'évolution d'autre part du niveau de vie et des conditions sociales permettent de penser que les pouponnières ont dû et doivent s'adapter aux nouvelles exigences de notre environnement.

En rappelant rapidement les principales dispositions réglementaires dans ce domaine, puis en analysant l'activité sur dix ans d'une pouponnière à caractère sanitaire prise en exemple, nous soulignerons l'intérêt certain de ce genre d'établissements sans cacher les problèmes administratifs et médicaux que nous avons pu entrevoir. L'existence des pouponnières s'est révélée nécessaire et efficace mais leur structure et leur rôle sont peut être maintenant à définir de nouveau.

Définitions législatives des pouponnières

Les pouponnières sont actuellement régies par le décret nº 7458 du 15 janvier 1974 et l'arrêté du 28 janvier 1974. Ces textes ont abrogé les décrets précédents, en particulier ceux d'avril 1945 et de juin 1946.

Les dispositions actuelles sont parues au journal officiel du 13 février 1974, signées par le premier ministre P. Messmer, établies sur le rapport du ministre de la Santé publique et de la Sécurité Sociale, Michel Poniatowski, vu les décrets précédents, vu le titre I du Livre II du Code de la Santé publique, vu le code de la Famille et de l'Aide sociale. La commission de la Protection sanitaire de l'enfance et le conseil permanent d'Hygiène sociale y ont également participé.

Légalement, "les pouponnières ont pour objet de garder jour et nuit les enfants de moins de trois ans accomplis, qui ne peuvent ni rester au sein de leur famille, ni bénéficier d'un placement familial surveillé".

On distingue cependant deux catégories :

- les pouponnières à caractère social qui reçoivent des enfants ne nécessitant pas de soins médicaux particuliers ;

- les pouponnières à caractère sanitaire qui reçoivent des enfants dont l'état nécessite des soins que leur famille ne peut leur donner.

Il s'agit donc d'établissements bien différents des crèches qui gardent pendant la journée des enfants bien portants.

Les textes précisent même qu'il s'agit notamment d'enfants hypotrophiques, rachitiques, anorexiques, présentant une malformation ou une affection qui nécessite un traitement particulier, d'enfants encéphalopathes, infirmes moteurs cérébraux, en traitement pré ou post-opératoire, ou encore d'enfants après un séjour hospitalier avant leur retour dans les familles.

Le rôle médical de ce type de pouponnière est donc certain et leur fonctionnement étroitement surveillé.

En effet, une pouponnière ne peut être ouverte que par autorisation du préfet après avis de la direction départementale de l'Action sanitaire et sociale. Il faut obligatoirement le concours d'un médecin qualifié en pédiatrie agréé par le préfet, et un personnel suffisant présentant toutes les garanties sanitaires, professionnelles et morales.

Quant aux locaux, ils doivent satisfaire aux conditions

techniques d'hygiène et de sécurité et à celles requises par le règlement sanitaire départemental.

En principe il faut pouvoir séparer les enfants qui marchent et les autres. L'espace dans les chambres par enfant doit être au moins de 3 m2 et de 9 m3. Il ne peut y avoir plus de six lits par chambre et à partir de huit mois tout enfant doit bénéficier d'un lit parc. Un jardin et une salle de jeux sont obligatoires. Notons qu'il doit exister des cloisons intérieures transparentes afin de faciliter la surveillance et de permettre aux enfants alités de se voir entre eux. Il doit également exister une infirmerie avec chambres individuelles et une unité d'hébergement permettant l'observation des entrants.

Un certain nombre de dispositions règlent donc le fonctionnement d'une pouponnière. Il en est de même sur le plan médical.

Dans toute pouponnière, il doit y avoir un médecin qualifié en pédiatrie et agréé par le préfet.

Ce médecin peut être le directeur ou bien être extérieur à l'établissement mais il doit alors assurer une visite quotidienne.

Son rôle est multiple :

Le médecin examine l'enfant dans les vingt-quatre

heures suivant son entrée et fixe éventuellement la durée du séjour dans l'unité d'hébergement. L'admission définitive n'est prononcée qu'après cet examen.

La surveillance de chaque enfant est assurée par un examen au moins hebdomadaire.

A la sortie, le pédiatre établit un bilan médical, consigné sur le dossier et le carnet de santé.

En outre, il assure les vaccinations obligatoires et celles réclamées dans les collectivités, il entreprend les traitements et prescrit les régimes nécessaires, il fait appel éventuellement à des spécialistes.

D'autre part, il est tenu d'assurer la surveillance médicale et de tenir un dossier pour chaque membre du personnel.

En cas de situation particulière ou de maladie contagieuse, il peut, en accord avec le Médecin Inspecteur Départemental de la Santé, prendre toute mesure utile, telle que l'éviction des malades, l'isolement des suspects, la suspension des admissions, la recherche des porteurs de germes chez les enfants et le personnel.

Les mêmes mesures peuvent être appliquées en cas de maladie contagieuse dans la commune et si on craint sa pénétration dans la pouponnière.

Le rôle du médecin ne se limite évidemment pas aux textes officiels, nous y reviendrons.

Lorsque le directeur n'est pas médecin, il s'agit alors d'une puéricultrice diplômée ayant plus de cinq ans d'exercice.

La personne assurant la direction doit être logée sur place ou à proximité immédiate et avoir plus de ving-cinq ans. La première réglementation, maintenant abrogée, précisait même qu'il devait s'agir d'une femme.

Le personnel soignant et de surveillance assure la surveillance sanitaire d'une part et les soins maternels d'autre part. La surveillance sanitaire est assurée par une puéricultrice assistée soit d'autres puéricultrices, soit d'infirmières, en comptant une diplômée présente jour et nuit pour trente lits.

Les soins maternels sont assurés par les auxiliaires de puériculture, une auxiliaire pour six lits le jour et pour trente lits la nuit.

En outre, une ou plusieurs jardinières d'enfants sont affectées à l'établissement, à raison d'une personne pour douze enfants de plus de dix-huit mois.

En dehors de ce personnel qualifié, la pouponnière emploie un personnel de service, plus ou moins nombreux, et un personnel administratif.

De plus, l'établissement doit s'assurer le concours d'un personnel spécialisé : psychologue, rééducateur par exemple, en fonction de ses besoins propres, et d'une assistante sociale.

Rappelons que tout membre du personnel est soumis à une surveillance médicale régulière et fréquente, en particulier sur le plan pulmonaire et celui des maladies contagieuses.

Enfin rappelons les conditions d'admission des enfants dans une pouponnière à caractère sanitaire.

Il faut constituer un dossier comprenant l'état-civil de l'enfant et son carnet de santé avec la mention de ses vaccinations ou la notion d'éventuelles contre(indications.

Il faut aussi d'une part un dossier médical justifiant son séjour en pouponnière, mentionnant les traitements antérieurs ainsi que les examens et soins prévus, et d'autre part un rapport du service social sur la famille.

L'admission définitive n'est prononcée qu'après l'examen clinique par le médecin de la pouponnière qui décide de

la durée de séjour dans l'unité d'hébergement alors qu'auparavant elle était fixée par la loi. Cinquante enfants est un chiffre maximum pour une pouponnière à caractère sanitaire qui ne doit être dépassé qu'à titre exceptionnel.

Les décrets précédents précisaient que les enfants ne devaient être atteints d'aucune maladie aiguë, en particulier ne devaient avoir ni fièvre, ni signe d'infection.

En outre les pouponnières étaient ouvertes aux enfants dits débiles, tels que les enfants hypotrophiques, délicats, à croissance difficile nécessitant une surveillance particulière.

Enfin au cas où survenait une maladie chez un enfant, il devait être isolé à l'infirmerie puis après un examen médical, soit rendu à la famille, soit hospitalisé. L'enfant ne pouvait être réadmis dans l'établissement qu'après guérison et examen par le médecin de la pouponnière.

En fait ces mesures sont très assouplies en raison des progrès thérapeutiques dans le domaine des antibiotiques et des vaccinations.

Rappelons enfin qu'après l'âge de trois ans, l'enfant ne doit plus être gardé en pouponnière.

Exemple : La Pouponnière de Boulogne

Nous prenons à titre d'exemple la pouponnière à caractère sanitaire de Boulogne.

D'emblée nous insistons sur son caractère privilégié en raison des liens médicaux qui la relient au service hospitalier de pédiatrie voisin et sur le caractère approximatif, sans étude statistique, des résultats chiffrés, comparés sur dix ans.

Dans une première approche, on peut observer une augmentation du nombre de séjours alors que le nombre absolu d'enfants entrés pour prématurité est stationnaire. Cependant les enfants nés prématurés sont toujours les plus nombreux et représentent une part importante dans le recrutement des pouponnières.

D'autre part, malgré le nombre d'entrées, le nombre de journées a nettement diminué ainsi que la moyenne d'occupation.

Ceci traduit une rotation plus rapide et une nette diminution de la durée moyenne de séjour.

Enfin, dernière remarque globale en 1973 et 1974 plus de 70 % des enfants ont été rendus à leur famille.

Pour mieux préciser l'origine des enfants admis en pouponnière, nous avons constaté que les maternités et les services de prématurés envoyaient souvent directement leurs petits malades. Les services de pédiatrie secondairement confiaient également un grand nombre d'enfants mais à un degré moindre.

Il est par contre difficile d'apprécier l'apport exact de l'aide sociale à l'enfance pour deux raisons. La première c'est que dans les documents anciens, ces entrées, posant le plus souvent cependant un problème médical, n'étaient pas comptabilisées à part, alors qu'elles le sont depuis quatre ans. La deuxième raison est le caractère sanitaire de la pouponnière de Boulogne qui fait que son recrutement social est faible en partie à cause de l'impulsion médicale donnée par son médecin.

Sur le plan familial, il s'agit presque toujours d'enfants de couples mariés ou non, mais formant un foyer réel.

Il faut noter également la nette diminution des "mères célibataires", vraisemblablement en raison des possibilités actuelles offertes à ces femmes.

De même, ont nettement diminué les enfants issus de foyers de malades mentaux ou de parents éthyliques.

Enfin on constate encore que sur dix ans, dans plus de la moitié des cas, les deux parents sont français.

Quant aux motifs d'entrée, ils sont très variés :

- en grand nombre, les enfants sont admis pour prématurité. Sur dix ans, le chiffre absolu est stable mais proportionnellement, cette prépondérance qui reste nette, tend cependant à diminuer.

- d'autre part il existe une fraction notable de malformations diverses, encéphalopathies, infirmes moteurs cérébraux et de trisomie 21.

  Ce type d'enfants posent évidemment de gros problèmes d'éducation qui nécessitent un personnel dévoué, et des problèmes à long terme car la pouponnière ne peut être qu'un lieu de séjour provisoire pour eux.

- la troisième grande catégorie réunit des enfants convalescents sortant d'un service hospitalier, médical ou chirurgical, qui nécessitent une réadaptation avant leur retour dans les familles ou, tout simplement pour aider temporairement une mère déjà surchargée ou qui travaille.

- Il reste enfin une fraction non négligeable de cardiopathies congénitales et de troubles digestifs comme les intolérances alimentaires par exemple .

Cette énumération rapide souligne la vocation médicale de la pouponnière de Boulogne qui accueille surtout des prématurés.

Ceci sous-entend une infrastructure pédiatrique et de puériculture qui doit fonctionner dans de bonnes conditions.

En effet, il s'agit de prématurité d'importance variable mais nécessitant toujours une surveillance rigoureuse et des soins constants. Leur poids de naissance est souvent faible et les services spécialisés tendent à les confier aux pouponnières le plus tôt possible afin d'éviter toute contamination hospitalière en règle redoutable sur ce terrain et afin de libérer leurs lits en fonction de la demande des services de maternité.

Par conséquent les prématurés entrent plus tôt en pouponnière à un poids plus faible. Cet état de fait impose donc de posséder un matériel suffisant et techniquement adapté ainsi qu'un personnel entraîné et compétent pour amener ces nourrissons à des conditions satisfaisantes. Ces conditions sont d'ailleurs variables et le poids de sortie des prématurés est en baisse régulière. Ceci tient compte de chaque cas particulier, de l'amélioration globale des conditions de vie et d'hygiène et de la surveillance obligatoire des nourrissons pendant la première année.

En fin de compte, les prématurés sont admis plus jeunes, sortent également plus tôt des pouponnières, et leur durée moyenne de séjour ne cesse de diminuer. Depuis 1971, leur séjour moyen à Boulogne est inférieur à deux mois.

Quant aux enfants nés à terme, ils sont en règle légèrement hypotrophiques, mais posent des problèmes différents et parfois plus longs. Leur durée de séjour est actuellement supérieure à celle des prématurés surtout en raison de quelques cas sociaux et de nombreux encéphalopathes.

Cependant là encore, sous l'impulsion médicale particulièrement nette à Boulogne, la durée de séjour moyenne à la pouponnière diminue nettement et régulièrement. Depuis deux ans plus de 70 % des enfants restent moins de deux mois, alors qu'avant 1972 plus de 50 % y séjournaient entre deux et six mois.

La sortie étant plus précoce, nous avons cherché à savoir quel était le devenir des enfants et si des modifications étaient apparues sur dix ans. En règle, les familles les reprennent mais là encore depuis deux ans, plus de 70 % des pensionnaires retournent dans leur foyer. Les conditions de vie, l'aide apportée aux parents et une meilleure éducation médicale ont permis ce progrès sensible et souhaitable.

Notons que l'état de santé d'un certain nombre d'enfants nécessite une hospitalisation à la suite de laquelle,

soit le retour dans la famille est possible, soit le plus souvent le retour à la pouponnière est préféré. L'aide sociale à l'enfance reprend par ailleurs les enfants dont elle a la charge, certains pouvant être également placés en nourrice, d'autres, plus rarement, adoptés. Il est encore à souligner d'une part que parfois on est amené à faire des placements dans des établissements spécialisés, et d'autre part que le nombre de décès est faible malgré souvent l'importance des pathologies rencontrées.

L'ensemble de ces données démontrent l'importance des activités médicales, le rôle du pédiatre et de toute son équipe dans cette pouponnière.

Nous avons vu la réglementation à ce sujet. Le travail du médecin comporte deux volets indissociables et il est avant tout un travail d'équipe. D'une part il a la responsabilité de la santé de tous les pensionnaires, d'autre part, il doit assurer des contacts fréquents avec chaque famille. Il surveille donc les enfants par des examens réguliers et prend toutes les mesures utiles pour leur assurer un développement harmonieux. Une visite quotidienne est assurée dans l'établissement par le médecin avec l'infirmière responsable, la directrice et si possible l'assistante sociale. La notion d'équipe est particulièrement importante car elle seule permet d'apprécier l'éveil et le développement psychomoteur de l'enfant.

Les activités médicales sont d'ailleurs nombreuses et variées :

Outre les traitements et les soins propres à chacun, on y pratique un grand nombre de vaccinations, le B.D.G. notamment, et on demande si besoin des examens de laboratoire, tels que coprocultures, examens des urines, prélèvements divers, et examens hématologiques. Assez souvent également des consultations externes sont demandées, en règle à des spécialistes hospitaliers, ORL par exemple.

L'autre volet du travail médical est la nécessité de créer des liens entre les familles, les enfants et le personnel. En effet il est nécessaire d'apprécier et de soutenir l'intérêt que portent les parents à leurs enfants, surtout s'il existe des problèmes sociaux ou si le séjour est de longue durée. L'avis de l'assistante sociale en particulier est précieux afin de juger des possibilités de réintégration familiale, ou éventuellement de prévoir des placements spécialisés pour les encéphalopathes par exemple.

Le contact direct avec les parents est évidemment indispensable et demande beaucoup de disponibilité et de persévérance. Cependant c'est à cette condition que la pouponnière peut jouer son rôle de lieu de séjour temporaire privilégié pour donner des soins dans un contexte plus souple que le cadre hospitalier.

Pour ce qui est de la pouponnière de Boulogne, nous voulons souligner l'effort médical soutenu ces dernières années qui a contribué largement à son adaptation.

Une visite quotidienne est assurée par un pédiatre hospitalier. La proximité d'un service de pédiatrie en outre permet des liens étroits entre les deux établissements et le sens préférentiel de leur activité. C'est dire aussi la qualité de la médecine pratiquée à la pouponnière et ainsi, la possibilité d'en faire réellement une pouponnière à caractère sanitaire.

Cette adaptation se traduit essentiellement par une augmentation du nombre de séjours et une diminution de leur durée moyenne. Elle se traduit aussi par la prise en charge de cas médicaux vrais. Le sens humain des médecins et de toute l'équipe permet également de meilleurs contacts avec les familles et une réintégration plus facile des enfants dans leurs foyers.

Cependant deux ordres de problèmes se posent ici :

Tout d'abord, le manque de certaines catégories de personnel se fait sentir. En particulier la pouponnière de Boulogne a été longtemps privée d'une assistante sociale, trait-d'union essentiel entre l'extérieur et l'établissement.

En outre il n'existe qu'une jardinière d'enfants et seulement quelques vacations peuvent être assurées alors que près d'un enfant sur deux a plus de dix-huit mois.

Enfin, rappelons qu'un tel établissement représente une charge financière pour la collectivité et la sécurité sociale. Cet aspect matériel sous-entend la notion de rentabilité et de déficit, or le nombre de journées annuel diminue essentiellement en raison d'un environnement familial meilleur. D'autre part les charges de l'établissement augmentent avec le coût de la vie.

La relative autonomie financière des pouponnières leur impose de chercher à équilibrer leur budget. Trois solutions à notre avis sont possibles.

Tout d'abord le prix de journée peut être augmenté. Il est fixé par la sécurité sociale mais une telle mesure a des limites, surtout pour l'organisme central. La deuxième solution, possible à l'échelon individuel, est d'admettre des enfants dont le séjour est plus long et les soins moins coûteux. Cette hypothèse est rentable pour l'établissement mais serait désastreuse pour la collectivité si ces prolongations de séjour étaient abusives. En effet les placements de longue durée pourraient bénéficier d'établissements mieux adaptés et moins onéreux. La troisième solution est la réduction du nombre de lits. Il ne faudrait garder qu'un

nombre restreint de pouponnières à caractère sanitaire, avec un encadrement médical sérieux, conçues pour accueillir les prématurés par exemple. Ce nombre serait modeste et évalué en fonction des besoins de chaque région.

BILAN GLOBAL

	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
Nombre de séjours	257	241	265	254	243	238	262	241	294	296
Nombre d' entrées	206	193	210	201	196	196	220	199	242	254
Entrés pour prématurité	69	81	128	86	98	82	79	68	76	98
Enfants nés prématurés	130	131	154	124	133	122	106	99	159	169
Enfants nés à terme	65	62	56	75	60	74	91	86	83	85
Nombre de sorties	209	186	212	202	201	201	220	189	252	251
Sorties dans la famille	135	117	137	141	132	117	131	117	178	191
Nombre de journées	18.911	18.448	19.251	18.618	17.609	16.945	16.743	17.337	17.436	16.620
Moyenne d'occupation	51.81	50.54	52.74	50.86	48.24	45.87	45.87	47.49	47.77	45.53

ENTREES

	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
Entrées	206	193	210	201	196	196	220	199	242	254
I - Lieu d'origine										
Hôpitaux	82	81	69	96	81	82	92	72	80	103
%	39.81	41.97	32.86	47.76	41.33	41.84	41.82	36.18	37.19	40.55
Services de maternité et prématuré	95	88	118	89	102	99	90	88	114	119
	46.12	45.60	56.19	44.28	52.04	50.51	40.91	44.22	47.11	46.85
Famille nourrice	28	24	23	16	13	15	13	10	12	23
%	13.59	12.43	10.95	7.96	6.63	7.65	5.91	5.03	4.96	9.06
Aide sociale	1						25	29	26	9
%	0.48						11.36	14.57	10.74	3.54
II - Milieu familial										
couple		140	163	167	160	168	184	157	210	229
%		72.54	77.62	83.08	71.63	85.71	83.64	78.89	86.78	90.16
Femme seule		50	45	30	33	27	30	28	21	22
%		25.91	21.43	14.93	16.84	13.78	13.64	14.07	8.68	8.66
Père seul		3	2	4	3	1	2	3	1	2
%		1.55	0.95	1.99	1.53	0.51	0.91	1.50	0.41	0.79
Inconnu							4	11	10	1
%							1.81	5.53	4.13	0.39
Parents malades mentaux ou éthyliques					36	11	19	7	11	6
					18.37	5.61	8.64	3.52	4.55	2.36
Les deux parents sont français	135	131	118	138	112	115	97	103	131	151
%	65	67.88	56.19	68.66	57.14	58 67	44.09	51.76	54.13	59.45

MOTIFS D'ENTREE

	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
Entrées	206	193	210	201	196	196	220	199	242	254
Prématuré et dysmature	69	81	128	86	98	82	79	93	99	110
%	33.49	41.97	60.95	42.79	50.	41.83	35.91	46.73	40.90	43.30
dont dysmatures								25	23	12
%								12.56	9.50	4.72
Malformations	0	0	5	5	18	24	24	23	20	14
Trisomie 21	5	3	1	4	8	10	6	4	3	6
Retard psychomoteur	44	37	25	5	19	11	6	8	6	18
Total	49	40	31	14	45	45	36	35	29	38
%	23.79	20.72	14.76	7.97	22.95	22.95	16.37	17.59	11.99	14.96
Convalescence		36	36	56	29	33	37	19	40	40
%		18.65	17.14	27.86	14.80	16.86	16.82	9.55	16.53	15.75
Hypotrophie		0	0	27	12	26	22	8	12	16
%				13.43	6.12	13.26	10.00	4.02	4.96	6.30
Pathologie digestive		17	6	12	8	6	3	5	6	8
%		8.81	2.86	5.97	4.08	3.06	1.36	2.51	2.48	3.16
Cardiopathie		12	5	2	2	2	4	0	4	6
%		6.22	2.38	0.99	1.02	1.02	1.82		1.65	2.36
Cas social		6	3				36	30	42	22
%		3.11	1.43				16.36	15.07	17.36	8.66
Divers		1	1	4	2	2	3	9	10	14
%		0.52	0.48	1.99	1.02	1.02	1.36	4.53	4.14	5.51

SEJOURS

	65	66	67	68	69	70	71	72	73	74
I										
Entrés pour prématurité	69	81	128	86	98	82	79	68	76	98
Poids de naissance .minimum	1.040	770	920	960	800	720	1.100	1.060	940	1.020
.maximum	3.110	3.160	2.200	2.990	2.950	2.990	3.050	2.960	2.700	2.860
Poids moyen .d'entrée							2.780	2.515	2.376	2.254
.de sortie							4.057	3.626	3.234	3.098
Durée moyenne de séjour en jours	86	84	83	92	89	63	47	52	41	34
II										
Enfants nés à terme	65	62	56	75	60	74	91	86	83	85
Poids moyen de naissance	2.994	3.035	2.909	3.020	2.947	3.045	3.244	2.797	2.976	3.145
Durée moyenne de séjour en jours	56	69	72	75	57	71	58	86	69	51
Durée moyenne de séjour des enfants de l'ASE								180	172	119

III. DUREE DE SEJOUR GLOBALE EN JOURS

	66	67	68	69	70	71	72	73	74
Sorties	186	212	202	201	201	220	189	252	251
< 30	27	17	33	29	42	35	44	71	81
%	14.52	8.02	16.34	14.43	20.90	15.91	23.28	28.18	32.27
30-60	24	37	108	28	45	63	56	84	97
%	12.90	17.62	53.47	13.94	22.39	28.64	29.63	33.33	38.65
60-90	61	98	0	95	56	65	41	44	29
%	32.80	46.19		47.25	27.86	29.55	21.69	17.46	11.55
90-180	61	48	48	43	48	48	27	30	26
%	32.80	22.38	24.26	21.39	23.88	21.82	14.29	11.90	10.36
180-270	5	9	5	5	6	6	10	12	12
%	2.68	4.28	2.47	2.49	2.98	2.72	5.29	4.76	4.78
270-360	4	0	5	1	2	0	5	7	4
%	2.15		2.47	0.50	0.99		2.65	2.78	1.59
> 360	4	3	2	0	2	3	6	4	2
	2.15	1.42	0.99		0.99	1.36	3.17	1.59	0.80

SORTIES

	66	67	68	69	70	71	72	73	74
Sorties	186	212	202	201	201	220	189	252	251
Famille	117	137	141	132	121	131	117	178	191
%	62.90	64.61	69.80	65.67	60.20	59.55	61.90	70.63	76.10
Hôpital	19	23	28	29	49	42	35	42	38
%	10.21	10.84	13.86	14.43	24.38	19.09	18.52	16.67	15.14
Nourrice	31	21	15	23	17	10	8	11	5
%	16.67	9.90	7.43	11.44	8.46	4.55	4.23	4.36	1.99
ASE	18	29	13	13	12	17	15	14	12
%	9.68	13.67	6.44	6.47	5.97	7.72	7.94	5.56	4.78
Etablissement spécialisé	0	0	4	2	3	16	8	7	5
%			1.98	1.00	1.49	7.27	4.23	2.78	1.99
Adoptions	0	0	0	0	0	2	4	0	0
%						0.91	2.12		
Décès	1	2	1	2	0	2	2	0	0
%	0.54	0.94	0.49	1.00		0.91	1.06		

DESTINATION APRES L'HOPITAL

	67	68	69	70	71	72	73	74
Famille		8	3	2	7	7	6	11
a		28.57	10.34	4.08	16.67	20.00	14.29	28.95
b		3.96	1.49	0.99	3.18	3.70	2.38	4.38
Pouponnière		17	20	31	26	26	27	21
a		6 .71	68.97	63.27	61.90	74.29	64.29	55.26
b		8.42	9.95	15.42	11.82	13.76	10.71	8.37
Décès	4	2	4	11	1	2	6	5
a	17.39	7.14	13.79	22.45	2.38	5.71	14.29	13.16
b	1.89	0.99	1.99	5.47	0.45	1.06	2.38	1.99
Etablissement spécialisé		0	0	0	0	0	1	0
a							2.38	
b							0.40	
Encore hospitalisé		1	2	5	8	0	2	1
a		3.57	6.90	10.20	19.05		4.76	2.63
b		0.49	0.99	2.49	3.64		0.79	0.40

a : % sur le nombre d'enfants hospitalisés

b : % sur le nombre d'enfants sortis

Les pouponnières à caractère sanitaire

A la lumière de l'exemple de Boulogne sur ces dernières années et de son évolution récente d'une part, et d'autre part sachant que les autres pouponnières de ce type dans la région parisienne sont confrontées aux mêmes problèmes, nous pouvons nous demander si en 1975 ces établissements remplissent encore leur rôle.

Les avantages en sont certains :

Répondant à leur définition, les pouponnières à caractère sanitaire permettent de garder en milieu pédiatrique les enfants nécessitant des soins et qui ne peuvent être confiés à leur famille.

L'encadrement médical de haut niveau est nécessaire et assure ainsi une couverture spécialisée permanente ce qui exclut d'assimiler ces établissements à des garderies ou à des crèches.

D'autre part, cette couverture permet de prendre en charge précocément des enfants hospitalisés pour les mettre dans un cadre plus souple, à l'abri des infections hospitalières, et pour éviter des charges financières à la collectivité puisque le prix de journée à l'hôpital est

près de trois fois plus élevé. Mais une pouponnière n'est pas un service de pédiatrie avec toute l'infrastructure hospitalière et la première ne peut pas remplacer le second.

Le deuxième avantage certain est le cadre plus souple. Les enfants peuvent jouer entre eux et ont des espaces réservés. Les familles peuvent venir les voir dans une ambiance plus propice. Conseiller voire éduquer la mère ou les parents en général y est plus facile et plus démonstratif. Ces rapports facilitent la reprise de l'enfant par son milieu et une réintégration plus aisée lorsque le malade a été longtemps hospitalisé.

Par ailleurs, la pouponnière peut et doit accueillir temporairement les grands handicapés afin que la famille puisse résoudre et assumer les charges qu'ils imposent. Ce séjour doit être passager et doit déboucher sur une solution à long terme, c'est-à-dire un placement spécialisé.

Le rôle de l'assistante sociale est donc particulièrement important puisqu'elle peut permettre, avec l'aide des médecins, une meilleure approche des problèmes par les familles.

En outre, en liaison avec les assistantes sociales de secteur, elle apprécie et peut réunir les conditions familiales qui permettront d'assurer après la sortie une surveil-

lance régulière en particulier par les services de Protection Maternelle et Infantile.

Enfin, le travail d'équipe nous a paru essentiel et le fait d'être limité à cinquante lits avec un personnel soignant beaucoup plus stable qu'en milieu hospitalier, semble permettre à l'enfant un équilibre favorable et une présence affectueuse.

Les écueils rencontrés ou à éviter sont nombreux.

Tout d'abord, sur le plan médical, en aucun cas la pouponnière ne peut remplacer un service de pédiatrie car la structure y est bien différente mais aussi le personnel. Ces établissements ne peuvent pas et ne doivent pas devenir des services hospitaliers, la sécurité des enfants n'y serait alors plus assurée. Par contre, si l'encadrement n'est pas suffisant, le risque est d'en faire une garderie ou un lieu de long séjour, situation onéreuse et ne répondant pas à sa vocation. C'est tout le problème du médecin confronté entre ces deux risques et qui, selon ses tendances personnelles et les impératifs administratifs, fait pencher la balance. En outre son rôle demande beaucoup de dévouement et de disponibilité tant sur le plan des contacts que sur le plan des soins. On peut se demander si un médecin plein temps est nécessaire ou si au moins un système de permanence

avec des médecins en cours de spécialisation serait souhaitable sans tomber dans l'excès déjà évoqué.

Un autre écueil est étroitement lié aux problèmes matériels de ces établissements. Il n'est pas souhaitable en effet d'équilibrer un budget en prenant des malades chroniques. Les pouponnières n'ont pas été conçues pour garder plusieurs années les grands handicapés mentaux ou physiques, pour lesquels d'autres solutions pour eux, pour leurs parents et pour la collectivité doivent être envisagées, tels les placements spécialisés. Quant aux enfants ne nécessitant pas de soins médicaux, ceux de l'aide sociale par exemple, la loi a prévu des pouponnières d'un autre type.

Rappelons encore qu'il faut donner à cette institution qui est nécessaire les moyens de faire face à ses obligations. D'une part il est indispensable qu'il existe une assistante sociale au service des familles et des médecins, et qu'il existe des possibilités de contact entre le personnel et les parents. D'autre part il est indispensable de favoriser au mieux l'éveil des enfants et pour cela d'assurer un encadrement permanent par les jardinières d'enfants ou dans certains cas par des rééducateurs spécialisés.

Enfin soulignons que la pouponnière ne saurait rempla-

cer la famille et qu'il ne saurait être question de placement systématique car la mise en collectivité et la réintégration ultérieure peuvent parfois poser des problèmes.

Conclusions

Nous avons étudié à partir d'un exemple précis les problèmes actuels posés par les pouponnières.

Il existe deux types de pouponnières définis par le décret nº 7458 du 15 janvier 1974 qui différencie celles à caractère social et celles à caractère sanitaire. C'est à l'étude de ces dernières que nous nous sommes attachés. Ces établissements pour répondre à la fois à leur définition et à leur vocation nécessitent un personnel médical particulièrement adapté et une gestion bien équilibrée.

Elles doivent donc s'assurer le concours d'un médecin de haut niveau suffisamment disponible pour prendre en charge de tels malades et pour résoudre avec les familles les problèmes qu'ils posent.

Il faut en outre un personnel suffisant, qualifié et compétent, ce qui nécessite une formation de recyclage régulière qui n'est pas encore prévue par les textes.

Les difficultés financières sont également au premier plan. La diminution du recrutement pédiatrique hospitalier, la prophylaxie de la prématurité, et l'amélioration des conditions de vie associée à une baisse de la natalité, conduisent

à restreindre le recrutement médical des pouponnières. Celles-ci ont donc tendance à acquérir un caractère social pour lequel elles ne sont pas conçues.

Nous avons vu qu'une équipe médicale de haut niveau a pu donner un sens au caractère sanitaire de la pouponnière de Boulogne mais la situation globale de ces établissements pose des problèmes de gestion et d'avenir. Cet avenir nous semble compromis dans la mesure où, pour les conserver, il faut actuellement y admettre des pensionnaires qui n'entrent pas dans leur cadre. La solution, pour qu'une telle institution garde sa vocation médicale et son existence, serait peut-être de ne maintenir qu'un nombre restreint de lits correspondant aux besoins réels. Il faut de plus envisager une infrastructure conçue pour les nouvelles exigences en particulier, les placements de longue durée qui ne cessent d'augmenter.

Vu :

Le Président :

Signé : M. AUSSANNAIRE

Vu :

Le Doyen :

Signé : C. BETOURNE

Vu et permis d'imprimer :

Le Président de l'Université
René Descartes :

Signé : Jean FREZAL

S E R M E N T

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les moeurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

-:-